



## ORIGINAL

## Diseño de un instrumento de medida del humor en profesionales sanitarios



Miriam Leñero-Cirujano<sup>a,b,\*</sup>, Juan Ignacio Torres-González<sup>c</sup>, Héctor González-Ordi<sup>b</sup>,  
María Nieves Moro-Tejedor<sup>a</sup> y Jacinto Gómez-Higuera<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup> Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup> Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 22 de abril de 2022; aceptado el 11 de julio de 2022

Disponible en Internet el 8 de septiembre de 2022

### PALABRAS CLAVE

Humor;  
Cuestionario;  
Profesionales  
sanitarios;  
Enfermería

### Resumen

**Objetivo:** Diseñar un instrumento de medida del humor en los profesionales sanitarios.

**Método:** Estudio descriptivo, observacional y transversal de metodología mixta. Se elaboró el instrumento en varias fases: revisión bibliográfica, generación de los ítems, determinación del formato, evaluación por panel de expertos, estudio piloto, reevaluación por panel de expertos y test-retest. Se analizó la pertinencia, la relevancia y el grado de comprensión de los ítems. Se calculó la validez interobservador con el índice kappa y el coeficiente de correlación intraclase, considerándose los valores  $\geq 0,61$ . Se utilizó la t de Student para muestras relacionadas y el coeficiente de correlación de Pearson. Para todas las pruebas se aceptó un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La Escala Tridimensional del Humor en Profesionales Sanitarios consta de 50 ítems medidos con una escala Likert de 5 puntos en función del grado de acuerdo. El panel de expertos valoró la escala global con 3,57 (0,79) puntos sobre 5. Se obtuvo una fiabilidad interobservador de 0,69 ( $p < 0,001$ ) en el estudio piloto, un coeficiente de correlación de Pearson de 0,71 ( $p = 0,002$ ) y un coeficiente de correlación intraclase de 0,69 ( $p = 0,001$ ) en el test-retest. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del test-retest.

**Conclusión:** La Escala Tridimensional del Humor en los Profesionales Sanitarios es una herramienta innovadora en la medida del humor en el contexto sanitario, creada específicamente para profesionales sanitarios. Antes de su utilización, es necesario analizar su validez y fiabilidad en futuros estudios.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [miriam.lenero@salud.madrid.org](mailto:miriam.lenero@salud.madrid.org) (M. Leñero-Cirujano).

**KEYWORDS**

Humor;  
Questionnaire;  
Health professional;  
Nursing

**Design of an instrument to measure humor in health professionals****Abstract**

*Aim:* The objective of this study was to develop an instrument for measuring humor in health professionals.

*Methods:* Observational, transversal and descriptive study of mixed methodology. The instrument was designed in several phases: literature review, item generation, determination of the scale format, review by the expert panel, pilot study, reevaluation by the expert panel, and test-retest. The pertinence, relevance and comprehension of the items were analyzed. Interobserver agreement was calculated with Kappa and the intraclass correlation coefficient considering values  $\geq 0.61$ . Pared sample Student's t test and Pearson's correlation coefficient were used. A level of statistical significance was established at  $P < 0,05$ .

*Results:* The Three-Dimensional Scale of Humor in Health Professionals consists of 50 items measured with a 5-point Likert scale based on the degree of agreement. Experts' panel evaluated the global scale with 3.57 (0.79) points out of 5. An interobserver reliability of 0.69 ( $P < 0.001$ ) was obtained in the pilot study. A Pearson correlation coefficient of 0.71 ( $P = 0.002$ ) and an intraclass correlation coefficient of 0.69 ( $P = 0.001$ ) resulted in the test-retest. No statistically significant differences were observed between test-retest scores.

*Conclusion:* The Three-Dimensional Scale of Humor in Health Professionals is an innovative tool for measuring humor in the health context. This scale is created specifically for health professionals. It's necessary its validation in future studies.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

La definición del término humor es compleja. A lo largo de la historia, muchos han sido los intentos de conceptualizarlo y, aun hoy en día, no existe un modelo universalmente aceptado que lo explique en su totalidad<sup>1</sup>. Esta complejidad se debe al carácter multifacético que presenta, al incluir componentes tanto cognitivos, emocionales y físicos como sociales. Ante una situación de incongruencia, el primero en aparecer es el aspecto cognitivo, activándose de forma simultánea 2 o más interpretaciones incompatibles de la misma circunstancia. Los procesos cognitivos activan una respuesta emocional acompañada de la activación de los circuitos de placer en el sistema límbico, así como de diversas respuestas autónomas y endocrinas. Estos cambios físicos son los responsables de que el humor se perciba como una sensación agradable. Posteriormente, emerge el aspecto social o interpersonal, en el que se pone de relevancia el papel fundamental del humor como actividad social, que actúa como facilitador de la cohesión grupal y da como resultado final la risa. Esta última es la forma en la que se hace saber a los demás que se está experimentando alegría y busca, en la mayoría de los casos, el provocar la misma emoción en la otra persona<sup>2</sup>.

Thorson y Powell definen el humor como la frecuencia de uso de sonrisas, risas o cualquier acción que produzca sensación de diversión en una gama amplia de situaciones<sup>3</sup>. Rod Martin conceptualiza el sentido del humor como la facultad o habilidad para percibir y apreciar el humor<sup>2</sup>. Seligman lo incluyó como una de las fortalezas del ser humano y lo entiende como una capacidad para experimentar o estimular una reacción muy específica, la risa (observable o no), para conseguir o mantener un estado de ánimo positivo<sup>4</sup>.

Carbelo y Jáuregui diferenciaron 2 tipos de humor: el positivo y el negativo. El humor positivo es aquel que busca provocar la risa propia o ajena sin ofender, al menos en intención; el humor negativo es aquel que es agresivo, ofensivo y que busca provocar la risa incluso a costa del resto<sup>1</sup>.

Aunque el humor y la risa sean elementos universales, la apreciación, expresión y percepción del humor están determinadas por el contexto en el que discurre, es decir, van a estar fuertemente influidas por normas culturales, creencias, actitudes y valores. Todo ello va a repercutir en la forma en la que las personas se ríen, de qué se ríen, en los entornos en los que lo hacen, en el fin para el cual se lleva a cabo y en cómo se ven ellas mismas en cuanto a su humor<sup>5-7</sup>.

La importancia creciente que está cobrando el humor como estrategia de salud en nuestra sociedad se debe en gran parte a los diversos beneficios psíquicos, físicos y sociales que se le atribuyen en la literatura científica<sup>8-10</sup>. En el entorno sanitario, el humor ha demostrado importantes beneficios en la mejora del entorno de trabajo, en el afrontamiento de situaciones complicadas, en la comunicación con compañeros, gestores y pacientes, y en la satisfacción laboral, así como en la reducción del estrés y la ansiedad, entre otros<sup>11-16</sup>. Estos efectos positivos en el profesional sanitario repercuten directamente en la calidad del cuidado del paciente<sup>17,18</sup>.

El humor también tiene sus riesgos, sobre todo si se entiende como una experiencia humana personal y que, por lo tanto, no siempre es universal, al estar fuertemente influido por normas culturales, creencias, actitudes y valores<sup>5,6</sup>. Todo humor que tenga un contenido agresivo, racista, excluyente, sexista, religioso o cualquier otro aspecto que pueda dañar o ridiculizar a otros no producirá

los beneficios que se esperan de él<sup>19,20</sup>. Martín estudió los diferentes tipos de humor y los calificó como estilos del humor positivos, saludables (humor afiliativo y humor autoafirmativo) y estilos de humor negativos, potencialmente perjudiciales para el bienestar psicológico (humor agresivo y humor autodescalificativo)<sup>21</sup>.

En la actualidad, existen otras escalas que evalúan el humor en la población general desde una perspectiva socio-cultural, valorando la creación, la expresión o la apreciación del humor<sup>3,21-24</sup>. Sin embargo, ninguna de ellas valora este constructo en el ámbito sanitario. Por ello, ante los importantes beneficios del humor que se han reportado tanto para los profesionales sanitarios como para los pacientes, se hace necesaria la elaboración de una herramienta de medición del humor desde la perspectiva del entorno sanitario, por lo que el objetivo de este estudio es diseñar un instrumento de medida del humor en los profesionales sanitarios.

## Método

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y transversal de metodología mixta. La elaboración del instrumento se realizó en varias fases: generación del listado de ítems, formulación del instrumento, evaluación por un panel de expertos, estudio piloto, reevaluación por el panel de expertos y test-retest (fig. 1).

### Fase 1. Generar listado de ítems

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica, se creó una batería de ítems según las recomendaciones metodológicas de Morales Vallejo<sup>25</sup>. En la generación de los ítems se tuvieron en cuenta los estudios previos y las escalas desarrolladas sobre el humor dirigidas a la población general. Se redactaron ítems cortos, claros, concisos y relevantes. Se formularon diferentes tratamientos para evitar los sesgos más frecuentes, como el sesgo de contaminación o efecto halo, que se moderó con la combinación aleatoria de los ítems; el sesgo de deseabilidad social, que se intentó reducir con la anonimización y el sesgo de aquiescencia, que se intentó atenuar con la formulación de ítems en sentido inverso. Se conformó el *pool* de ítems con base en el modelo tridimensional de los componentes principales del humor propuesto por Martín: cognitivo, emocional o afectivo e interpersonal conductual<sup>26</sup>. Inicialmente, se generó un alto número debido a la esperada eliminación de alguno de ellos en pruebas posteriores.

### Fase 2. Determinar el formato del instrumento

El modelo de respuesta de los ítems seleccionado fue una escala de tipo Likert con respuestas polinómicas con 5 niveles de intensidad en función del grado de acuerdo: 0: totalmente en desacuerdo; 1: en desacuerdo; 2: neutro; 3: de acuerdo; 4: totalmente de acuerdo. Las puntuaciones más altas corresponden a una actitud más favorable hacia el humor y las más bajas, a una actitud más desfavorable. Se redactó un documento introductorio a la cumplimentación de la escala en el que se contemplaba una breve descripción del presente estudio, la indicación de la voluntariedad

y la confidencialidad de la participación, unas consideraciones éticas, el agradecimiento por la participación y el contacto del investigador principal. También incluyó el consentimiento informado para la participación en el estudio y unas breves instrucciones sobre cómo cumplimentar la escala. La cumplimentación fue de carácter autoinforme. Al final del cuestionario se ofrecía un espacio dedicado a observaciones, sugerencias u opiniones.

### Fase 3. Revisión por el panel de expertos

La validez de contenido de la versión preliminar del cuestionario se llevó a cabo con la revisión de un panel de expertos. El objetivo de esta fase fue analizar la adecuación e idoneidad de los ítems en la escala. Se seleccionaron 11 expertos con perfil académico, clínico e investigador con amplia experiencia en metodología de diseño y validación de cuestionarios y en la investigación del humor. Se contó con la participación altruista de profesionales de enfermería, psicología, medicina y sociología. Se les contactó por correo electrónico, en el que se les indicaba el objetivo del proyecto, una breve descripción y se adjuntó la versión preliminar del cuestionario (*Versión 0*). Cada experto puntuó los ítems entre 0 (nada apropiado) a 5 (muy apropiado), en función de si eran más o menos adecuados para ser incluidos en la escala y se les facilitó un espacio para proponer cambios o sugerencias. Para la modificación de los ítems, se tuvieron en cuenta aquellas que obtuvieran un acuerdo mayor del 80% entre los expertos. Las puntuaciones se expresaron en media y desviación estándar. Se realizó el análisis cualitativo de las respuestas. De esta fase se derivó la *Versión 1* de la escala.

### Fase 4. Estudio piloto

La *Versión 1* de la escala fue pilotada en profesionales sanitarios de las unidades de hospitalización médica y quirúrgica del Hospital Universitario Clínico San Carlos (HCSC) mediante un muestreo de conveniencia. El periodo de recogida de datos fue enero del año 2019. Los criterios de inclusión fueron ser profesional sanitario y prestar servicio en el HCSC en el momento de la encuesta. Se excluyó a aquellos profesionales que cumplimentaron menos del 80% del cuestionario. El objetivo fue detectar los posibles errores y áreas de mejora respecto a la redacción de los ítems propuestos, no evaluar los resultados de las respuestas. Se pactó una sesión informativa con las supervisoras de cada unidad, en la que se explicó el propósito del estudio piloto, así como las instrucciones para la cumplimentación del cuestionario.

Las supervisoras se encargaron de entregar los cuestionarios al personal a su cargo. Se repartieron 15 cuestionarios; en esta fase el número de sujetos recomendado podía ser relativamente pequeño<sup>25</sup>. Una vez cumplimentados, los cuestionarios eran depositados en una urna colocada estratégicamente en cada unidad, que fue recogida por los investigadores una semana después de su entrega. La participación de los profesionales fue voluntaria y anónima. Cada cuestionario tenía asociado una identificación, un número correlativo, por lo que los investigadores desconocían la

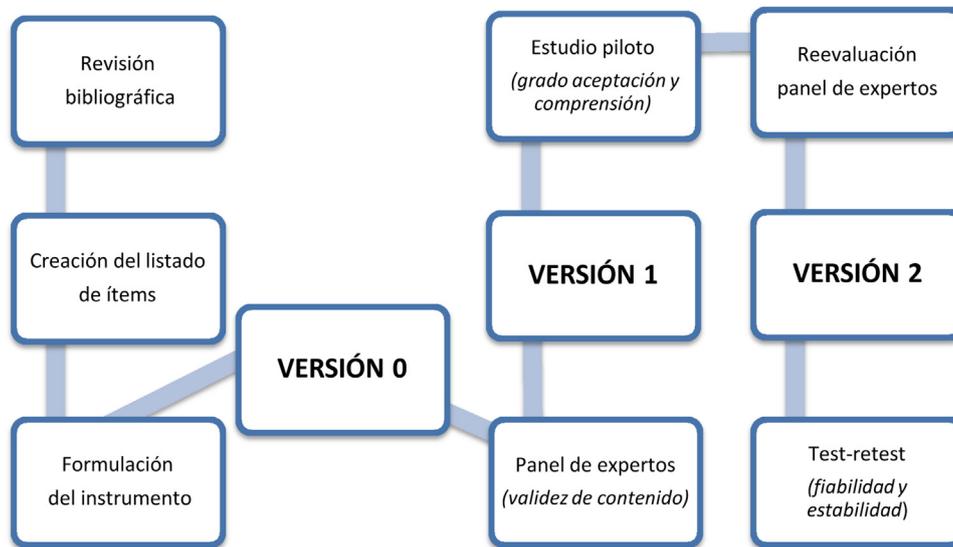


Figura 1 Proceso metodológico del diseño del instrumento.

identidad de los profesionales que habían participado en el estudio.

En el análisis de los datos, se analizó el grado de comprensión de los ítems y la posible existencia de ambigüedad de algunos de ellos mediante el análisis cualitativo de las respuestas. Se investigó la manejabilidad y la facilidad de obtener puntuaciones por factores y globales. Se halló la duración de la cumplimentación de la escala, expresada en media y desviación estándar y se calculó la fiabilidad interobservador mediante el índice kappa; se consideraron los valores  $\geq 0,61$ .

### Fase 5. Reevaluación por el panel de expertos

Se realizó una segunda ronda de reevaluación por el panel de expertos con el objetivo de analizar los resultados del pilotaje, valorar las propuestas y dar formato a la *Versión 2* de la escala.

### Fase 6. Test-retest

La *Versión 2* de la escala se sometió a un test-retest en profesionales sanitarios voluntarios de las unidades de hospitalización del HCSC mediante un muestreo de conveniencia. Se seleccionaron los servicios de aparato digestivo, oncología, cardiología, medicina interna, pediatría, nefrología, geriatría y neurología.

La recogida de datos se realizó en marzo del 2019. Los criterios de inclusión fueron ser profesional sanitario y prestar servicio en el HCSC en el momento de la encuesta. Se excluyó a aquellos profesionales que cumplimentaron menos del 80% del cuestionario. Se repartieron 80 cuestionarios, 10 por cada servicio. En esta fase el objetivo fue analizar la estabilidad de la prueba mediante la cumplimentación del cuestionario A (test) y pasadas 2 semanas, el cuestionario B (retest). Se pactó una sesión informativa con las

supervisoras de cada unidad seleccionada, en la que se explicó el propósito del estudio test-retest, así como las instrucciones para la cumplimentación del cuestionario. Las supervisoras se encargaron de entregar los cuestionarios al personal a su cargo. En la primera vuelta se realizó la disociación de la identificación del profesional (nombre y apellidos) asignando un número ordinal correlativo que permitió identificar a aquellos profesionales que cumplimentaron el test para posteriormente, entregarles el retest. Solo eran conocedores de esta información las supervisoras de cada unidad. Los investigadores recogieron ambas pruebas pasadas 2 semanas de la aplicación del test, sin acceder en ningún momento a los datos de los profesionales que, de forma voluntaria y anónima, participaron en el estudio.

En el análisis de los datos, se convirtieron los ítems negativos para obtener la puntuación total. Las puntuaciones se expresaron en medias y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico con rangos mínimo y máximo, si no seguían una distribución normal. Se compararon las puntuaciones medias apareadas de test y retest mediante la *t* de Student para muestras relacionadas y su representación en el gráfico de Bland-Altman. Se analizó el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar la posición lineal y el coeficiente de correlación intraclase para evaluar la estabilidad de las puntuaciones de las dimensiones del test-retest. Se consideró como nivel de concordancia los valores de  $\geq 0,61$ . Los datos se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS versión 24.0. Para todas las pruebas se aceptó un valor de significación de  $p < 0,05$ .

Este proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del HUCSC número 16/474-E. Todos los participantes fueron debidamente informados de que sus respuestas serían analizadas como parte de un trabajo de investigación. Se garantizó el anonimato y el tratamiento adecuado de los datos. El manejo de los datos clínicos para este estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección

de datos personales y garantía de los derechos digitales.

## Resultados

### Fases 1 y 2: Pool de ítems y formato del instrumento

La *Versión 0* del cuestionario constó de 48 ítems divididos en los principales componentes del humor: patrón conductual con 13 ítems, patrón afectivo con 19 ítems y patrón cognitivo con 14 ítems. Se denominó Escala Tridimensional del Humor en los Profesionales Sanitarios (ETHUPS).

### Fase 3: Panel de expertos

De los 11 expertos que se seleccionaron inicialmente, se obtuvo respuesta de 7, el 57,14% de los cuales fueron hombres y el 57,14% psicólogos con 45,14 años (10,95). En la [tabla 1](#) se muestran las puntuaciones medias de la valoración de la idoneidad por ítem. Todos ellos presentaron puntuaciones por encima de la media, salvo en el ítem 37, con 2,00 (2,08) puntos. La puntuación global de la escala fue de 3,57 (0,79) sobre 5 puntos. El panel de expertos consideró que la escala era «relevante», «interesante», «con impacto en planes formativos y de cuidado», «con futuro» y «necesaria». El panel de expertos, junto con el equipo investigador, consideró pertinentes las siguientes modificaciones. Se cambió la redacción de algunos ítems por problemas de comprensión. En el ítem 6 se eliminó la palabra «absurda», en el ítem 18 se sustituyó la palabra «entornos» por «ambientes», en el ítem 28 se eliminó la palabra «físico» y el ítem 30 se modificó a «Pienso que el humor no es útil en mi trabajo». El ítem 32 se desdobló en 2 por resultar genérico: «Me gustaría que mis compañeros de trabajo valorasen más el humor» y «Me gustaría que nuestros pacientes valorasen más el humor». El ítem 37 se modificó por resultar ambiguo y resultó el peor puntuado en pertinencia por los expertos: «Me he dado cuenta de que no todo el mundo entiende mi sentido del humor». Los ítems 39, 40 y 41 se unificaron para hacerlos extensibles a todos los contextos sanitarios: «Conozco actividades basadas en el humor en el ámbito sanitario». Los ítems 44 y 45 también se englobaron en uno: «He recibido formación o he consultado información sobre la influencia del humor en la salud». El ítem 31 se eliminó por considerar que podría incurrir en un posible sesgo de deseabilidad social afectado por el contexto, a pesar de conseguir una puntuación de pertinencia máxima según los expertos. El resultado fue la *Versión 1*, compuesta por 45 ítems.

### Fase 4: Estudio piloto

Participaron 12 profesionales sanitarios. Se consideró que la escala era de fácil aplicabilidad, con buena comprensión de los ítems y sin dificultad en el recuento de la puntuación final. El tiempo medio de cumplimentación fue de 12,23 min (2,86). Se propuso incluir ítems sobre el tipo de humor considerado ofensivo y agresivo. La fiabilidad interobservador fue de 0,69 (RIC: 0,62-0,76;  $p < 0,001$ ), lo que indica una buena concordancia.

### Fase 5: Reevaluación del panel de expertos

Se acordaron una serie de modificaciones sobre la *Versión 1*. Se añadieron 5 ítems sobre humor ofensivo: «Si me parece algo gracioso sobre el paciente, bromeo de ello con mis compañeros de trabajo», «Si un compañero no me cae bien, uso el humor para molestarlo o rebajarlo», «Los pacientes se sienten ofendidos con mi sentido del humor», «Trato de no reírme o bromear sobre aspectos que al paciente pudieran ofender», «Dejo a los demás que se rían de mí para sentirme integrado». Se planteó la problemática del concepto del humor y su multidimensionalidad con base en la estructuración de los ítems en la escala. Se acordó presentar todos ellos seguidos, sin ninguna clasificación. Finalmente se constituyó la *Versión 2* del cuestionario con 50 ítems.

### Fase 6: Test-retest

Se cumplimentaron 67 test en la primera vuelta y 16 retest en la segunda, por lo que la muestra del estudio test-retest quedó conformada por 16 participantes. En la [tabla 2](#) se presentan los estadísticos descriptivos de ambas pruebas. Se obtuvo una diferencia de medias del test respecto al retest de 4,81 (12,31) puntos; el retest presentó una leve infraestimación de la puntuación total no estadísticamente significativa ( $p = 0,141$ ). En la [figura 2](#) se puede observar cómo se comportaron las puntuaciones totales de la muestra en la primera y segunda prueba. Se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,71 (0,36-0,89;  $p = 0,002$ ) y un coeficiente de correlación intraclase de 0,69 (0,33-0,88;  $p = 0,001$ ), lo que indica un buen nivel de concordancia del cuestionario.

## Discusión

El proceso de elaboración de ETHUPS ha sido complejo debido a la inexistencia de una definición unánime del constructo en estudio y de instrumentos que evalúen el humor desde la perspectiva del entorno sanitario. En cuanto a su estructura, al presentar un formato de autoinforme, permite obtener rápidamente información de la persona sin influencias ni distorsiones del entrevistador. Además, permite objetivar lo subjetivo, gracias a su gradación con escala tipo Likert. ETHUPS incluye ítems positivos y negativos, estos últimos deben invertirse en la puntuación final de la escala. *A priori*, altas puntuaciones indicarían una mejor actitud ante el humor del profesional sanitario y bajas puntuaciones, una actitud peor y mejorable.

A pesar de los buenos indicios del diseño cualitativo de ETHUPS, es necesario continuar con su procedimiento de validez y fiabilidad. Actualmente, el equipo investigador ha puesto en marcha un nuevo estudio de investigación para continuar con la segunda fase de validación del cuestionario. En esta segunda etapa se llevará a cabo el análisis de las propiedades psicométricas de ETHUPS para presentar la versión final de la escala según el modelo factorial que más se ajuste al fenómeno estudiado, mediante el análisis factorial exploratorio y posterior análisis factorial confirmatorio de la estructura del instrumento. Otra limitación que presenta ETHUPS es el número elevado de ítems. No obstante,

**Tabla 1** Puntuación media de la valoración de la idoneidad de los ítems por el panel de expertos

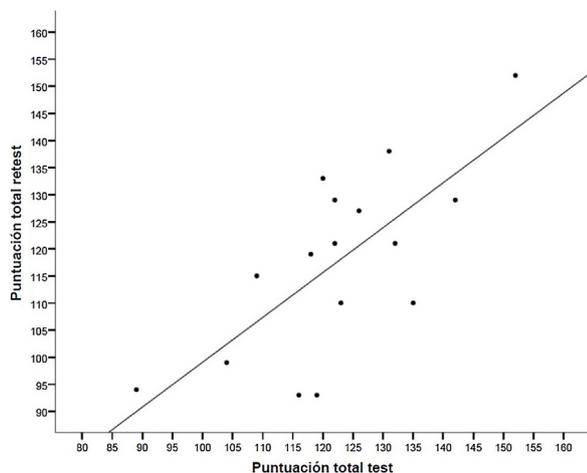
Ítems	$\bar{X}$	DE
1. Utilizo el sentido del humor en mi vida diaria.	4,86	0,38
2. Hago reír a las personas de mi entorno.	4,14	0,69
3. Empleo el sentido del humor con mis compañeros de trabajo.	4,86	0,38
4. Mis compañeros de trabajo utilizan el sentido del humor.	4,00	0,82
5. Utilizo el humor en la relación con el paciente.	4,43	0,79
6. Cuento anécdotas absurdas o graciosas a mis pacientes.	2,71	1,70
7. Aconsejo a mis pacientes tomarse la vida con sentido del humor.	4,00	0,82
8. Incluyo el humor como parte del cuidado del paciente.	4,43	0,89
9. Cuando hablo con los pacientes intento dar un toque de humor.	4,43	0,53
10. Participo en actividades relacionadas con el humor (teatro, asociaciones...).	3,29	1,11
11. He asistido a sesiones, cursos de risoterapia y/o humorterapia.	3,14	2,19
12. Veo películas y/o series cómicas.	3,29	1,25
13. Asisto a monólogos o comedias.	3,00	1,73
14. El buen humor entre compañeros mejora el entorno de trabajo.	4,86	0,38
15. El uso del humor me ayuda a relajarme.	4,57	1,13
16. El humor hace que el trabajo diario sea más llevadero.	4,71	0,76
17. En mi núcleo familiar soy yo el más chistoso/a.	2,57	1,81
18. Me gusta rodearme de entornos divertidos.	3,57	1,27
19. Me gusta gastar bromas o chistes para afrontar situaciones difíciles.	3,14	1,86
20. La gente de mí alrededor me considera una persona seria.	3,86	0,90
21. Veo en el humor una vía de escape a mi estrés diario.	4,57	0,53
22. Los pacientes me sonríen y me gastan bromas.	3,57	1,40
23. Mis pacientes me cuentan que a menudo el humor les ayuda a afrontar su enfermedad.	3,86	1,07
24. En el entorno hospitalario hay poco sentido del humor.	3,29	1,70
25. Los pacientes utilizan el humor al comunicarse conmigo.	4,29	0,76
26. Los pacientes necesitan que se incorpore el humor en sus cuidados.	4,71	0,49
27. Sus familiares necesitan que se incluya el humor en el cuidado de sus seres queridos.	4,14	0,69
28. En nuestro trabajo no hay tiempo físico para emplear el humor con los pacientes.	3,00	2,00
29. El hecho de utilizar el humor en el trabajo hace que el tiempo pase más deprisa.	4,86	0,38
30. El humor no sirve para nada.	2,43	2,37
31. El humor influye positivamente en la calidad de vida.	5,00	0,00
32. Me gustaría que en nuestro ámbito sanitario se valorase más el humor.	4,57	0,75
33. El humor reduce la percepción del dolor en mis pacientes.	4,57	0,53
34. Una persona seria da más confianza que una persona humorosa.	3,14	1,46
35. He escuchado hablar que el humor es bueno para la salud.	3,86	1,86
36. El humor es beneficioso para mi salud.	4,86	0,38
37. La percepción del humor es la misma en todas las personas.	2,00	2,08
38. El humor se recomienda como estrategia en el cuidado del paciente.	4,43	0,79
39. Conozco actividades en el hospital basadas en el humor para pacientes adultos ingresados.	4,57	0,79
40. Conozco actividades en el hospital basadas en el humor para niños ingresados.	4,71	0,49
41. Conozco actividades en atención primaria basadas en el humor para pacientes.	4,00	1,29
42. Conozco la realización de talleres sobre la humorterapia para profesionales sanitarios.	3,57	1,81
43. Mis compañeros de profesión me han hablado de los beneficios del humor.	3,71	0,95
44. He recibido formación sobre las propiedades del humor en la salud.	3,86	1,86
45. He consultado información sobre la influencia del humor en la salud.	3,71	1,60
46. Desconozco qué medios, actividades y/o materiales usar para llevar a cabo el humor con los pacientes.	3,57	2,15
47. Sería interesante conocer cómo emplear el humor en el cuidado del paciente.	4,86	0,38
48. Necesitaría más formación en actitudes positivas como el humor en la interacción con el paciente.	4,43	0,79
<b>Valoración global</b>	<b>3,57</b>	<b>0,79</b>

se espera que, al continuar con el desarrollo psicométrico de la escala, este número disminuya.

Al inicio del estudio se presentó el problema de la inexistencia de cuestionarios similares que evaluaran el humor desde la perspectiva del profesional sanitario. Por ello, siguiendo las recomendaciones del panel de expertos y

**Tabla 2** Estadísticos descriptivos del test-retest

	N	$\bar{X}$ (DE)	Mín	Máx
1º aplicación (test)	16	122,50 ( $\pm 14,85$ )	89	152
2º aplicación (retest)	16	117,69 ( $\pm 17,22$ )	93	152



**Figura 2** Gráfico de Bland-Atman para el análisis de la fiabilidad del test-retest.

basando las decisiones en los instrumentos publicados en la literatura sobre el humor dirigidos a la población general, se decidió contar con un *pool* elevado de ítems iniciales para intentar asegurar que el cuestionario final explicase de forma adecuada el constructo.

El diseño y la posterior validación y análisis de las propiedades psicométricas de ETHUPS abre un amplio e interesante abanico de líneas de investigación. La aplicación y administración de ETHUPS permitirá conocer la actitud del profesional sanitario ante el humor en el desarrollo de su profesión con objeto de evidenciar áreas de mejora, debilidades o, incluso, fortalezas, para actuar con las respectivas intervenciones de mejora, apoyo o de refuerzo. Además, permitirá cuantificar la eficacia de estas intervenciones y del grado de evolución de la actitud ante el humor del profesional. Así mismo, servirá para establecer asociaciones con los potenciales beneficios que el humor ofrece en el día a día del profesional, tanto en su vida privada como en su vida laboral, en las relaciones con sus compañeros y gestores, así como en la relación terapéutica con el paciente y su entorno. Por lo que, aparte de establecer el impacto que ETHUPS ejerce en el profesional sanitario, también podría actuar como medida de impacto de la actitud ante el humor del profesional en la calidad del cuidado del paciente. De hecho, en la literatura científica se pone de manifiesto cómo los pacientes y sus familias son los que, en la mayoría de las ocasiones, demandan la intervención del humor como parte integrada en sus cuidados<sup>27-29</sup>. Los pacientes valoraban en una buena enfermera el optimismo, el positivismo, la sonrisa y el sentido del humor entre otros aspectos e identificaban las actitudes pesimistas o estresantes de los profesionales sanitarios como medios de transferencia de ansiedad, tensión y estrés, tanto para ellos como para su entorno<sup>27</sup>. Además, reconocen al humor como un mecanismo intermediario que les permite compartir emociones, liberar la ansiedad que les genera la hospitalización y su enfermedad, afrontar su manejo y, en definitiva, mejorar la percepción de la experiencia en el hospital<sup>28,29</sup>. Si bien es cierto que, aunque el humor no tenga el poder de curar, sí puede aliviar. Profundizar en el estudio de la pertinencia del humor como parte integrada del cuidado desde la perspectiva de

los pacientes es una necesaria e interesante futura línea de investigación.

La ETHUPS es una herramienta innovadora en la medida del humor en el contexto sanitario, creada específicamente para profesionales sanitarios con buenos índices de estabilidad y de validez de contenido. La ETHUPS evalúa cómo el profesional aprecia, genera y utiliza el sentido del humor no solo en el contexto laboral, sino también en su entorno privado. No obstante, es necesario continuar con su desarrollo psicométrico para poder proceder a su utilización.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Carbelo B, Jáuregui E. Emociones positivas: humor positivo. *Papel Psicol.* 2006;27:18–30, <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1281.pdf>. [consultado el 10 de abril de 2022].
- Martin RA. Humor, laughter and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychol Bull.* 2001;504–19, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.504>.
- Thorson JA, Powell FC. Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *J Clin Psychol.* 1993;49:13–23, <http://dx.doi.org/10.1002/1097-467919930149:1 < 13:AID-JCLP2270490103 > 3.0.CO;2-S>.
- Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol.* 2000;55:5–14, <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>.
- Yue X, Jiang F, Lu S, Hiranandani N. To be or not to be humorous? Cross cultural perspectives on humor. *Front Psychol.* 2016;7:1–10, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01495>.
- Mendiburo A, Páez D. Humor y cultura correlaciones entre estilos de humor y dimensiones culturales en 14 países. *Bol Psicol.* 2011;102:89–105 [consultado el 1 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N102-6.pdf>.
- Jiang T, Li H, Hou Y. Cultural differences in humor perception usage, and implications. *Front Psychol.* 2019;10:1–8, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00123>.
- Yim J, Tohoku J. Therapeutic benefits of laughter in mental health: A theoretical review. *Exp Med.* 2016;239:243–9, <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.239.243>.
- Leñero M. La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso. *Reduca.* 2014;63:328–80, <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1715/1731> [consultado el 10 de abril de 2022].
- Karnieli-Miller O, Michael K, Segal O, Steinberger A. Assessing an intervention focused on enhancing interpersonal communication skills and humor: A multi-method quasi-experiential study among medical students. *Health Commun.* 2018;33:1560–72, <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2017.1384347>.
- Mesmer-Magnus J, Glew DJ, Viswesvaran C. A meta-analysis of positive humor in the workplace. *J Manag Psychol.* 2012;27:155–90, <http://dx.doi.org/10.1108/02683941211199554>.
- Chen H, Ayoun B. Is negative workplace humor really all that «negative»? Workplace humor and hospitality employees' job embeddedness. *Int J Hosp Manag.* 2019;79:41–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhm.2018.12.010>.
- Robert C, Da Motta SP. Conversational humor and job satisfaction at work: Exploring the role of humor production,

- appreciation, and positive affect. *Humor*. 2017;30:417–38, <http://dx.doi.org/10.1515/humor-2017-0034>.
14. Bartzik M, Bentrup A, Hill S, Bley M, von Hirschhausen E, Krause G, et al. Care for joy: Evaluation of a humor intervention and its effects on stress, flow experience work enjoyment, and meaningfulness of work. *Front Public Health*. 2021;9:1–18, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.667821>.
  15. Brender-Ilan Y, Reizer A. How do we perceive a humorous manager? Manager humor impression management, and employee willingness to work with the manager. *Front Psychol*. 2021;12:1–21, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628350>.
  16. Leñero Cirujano M. El humor como estrategia de afrontamiento para los profesionales sanitarios. *Metas Enferm*. 2022;25:1–4, <http://dx.doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081864>.
  17. Vaz de Almeida C, Nunes Health C. Humor is important in health-care relationship?-The perceptions of doctors and nurses. *OALib J*. 2020;75, <http://dx.doi.org/10.4236/oalib.1106372>.
  18. Sousa LM, Marques-Vieira CM, Antunes AV, Frade MF, Severino SP, Valentim OS. Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:1078–85, <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>.
  19. Chiang-Hanisko L, Adamle K, Chiang LC. Cultural differences in therapeutic humor in nursing education. *J Nurs Res*. 2009;17:52–61, <http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181999da3>.
  20. Kuiper NA, Grimshaw M, Leite C, Kirsh G. Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor*. 2004;17:135–68, 0.1515/humr.2004.002.
  21. Martin RA, Puhlik-Doris P, Larsen G, Gray J, Weir K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the humor styles questionnaire. *J Res Pers*. 2003;37:48–75, <http://dx.doi.org/10.1016/S0092-65660200534-2>.
  22. Martin RA, Lefcourt HM. Situational humor response questionnaire: Quantitative measure of sense of humor. *J Pers Soc Psychol*. 1984;47:145–55, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.47.1.145>.
  23. Martin RA, Lefcourt HM. Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1983;45:13–24, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.45.6.1313>.
  24. Carbelo B. Estudio del sentido del humor: validación de un instrumento para medir el sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Madrid: Alcalá; 2006 [consultado el 10 de abril de 2022]. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/438>.
  25. Morales P. Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes; 2011 [consultado el 10 de abril de 2022]. Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/Construcci%C3%B3n-de-cuestionarios-y-escalas-Morales-V.-Pedro-2011.pdf>.
  26. Martin RA. *Psicología del humor: un enfoque integrador*. Madrid: Orión; 2008.
  27. Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer patients' perceptions of the good nurse: A literature review. *Nurs Ethics*. 2009;16:528–42, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009106647>.
  28. Leñero M. Percepción de los pacientes sobre la intervención del humor en el periodo preoperatorio. Ponencias y comunicaciones: Congreso CENES. V Jornadas de práctica avanzada en cuidados enfermeros. Cuidado y salud: dos realidades una misma trayectoria. Madrid: Fuden; 2015. p. 89–96.
  29. Birkelund R, Larsen LS. Patient-patient interaction - caring and sharing. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:608–15, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01072.x>.